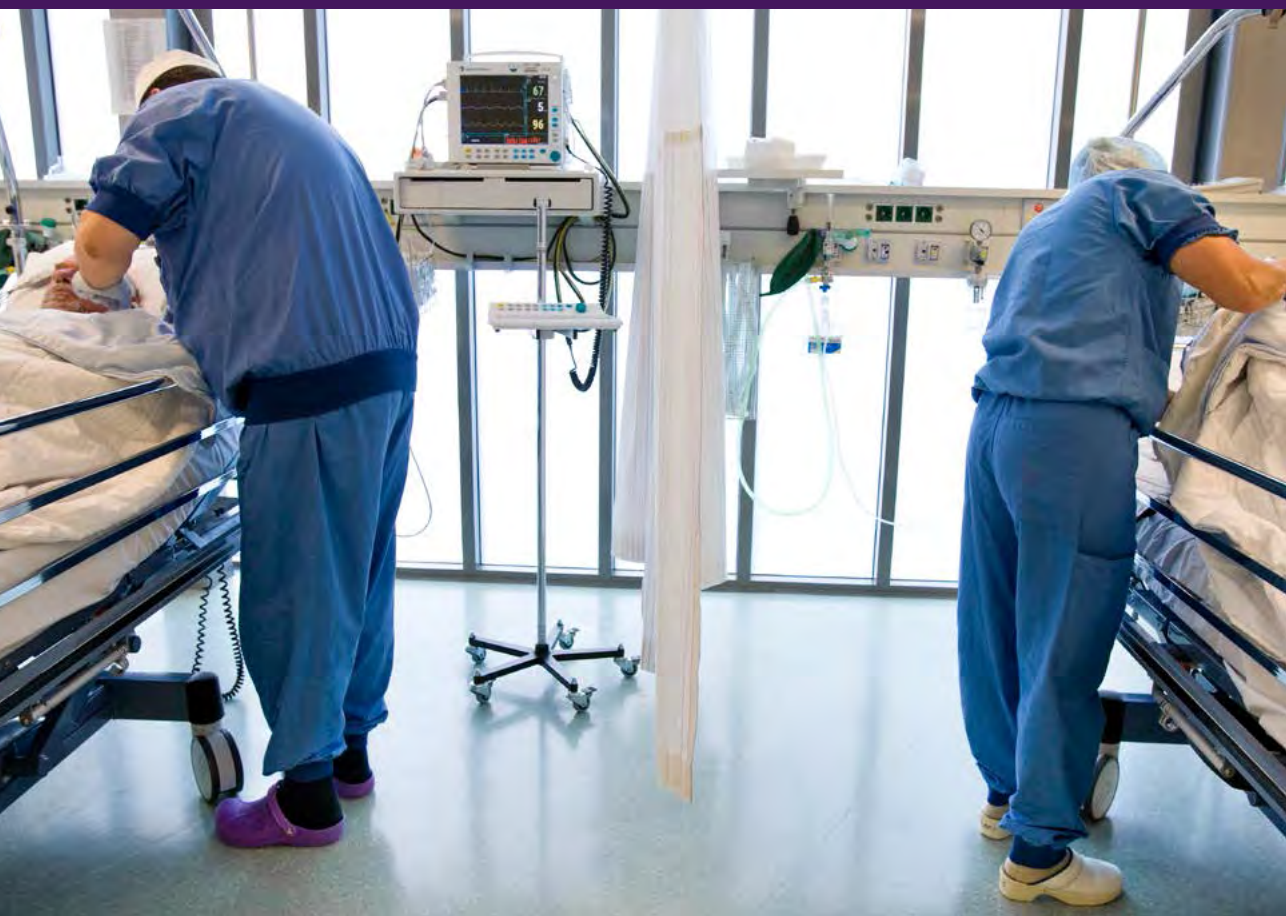




Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Zorgbalans 2014 *Op hoofdlijnen*

De prestaties van de
Nederlandse gezondheidszorg



Zorgbalans 2014

De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg

Op hoofdlijnen

Redactie: MJ van den Berg, D de Boer, R Gijsen, R Heijink, LCM Limburg, SLN Zwakhals

Colofon

Ontwerp
VijfKeerBlauw

Omslag
Hollandse Hoogte

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2014, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 2014-0038
ISBN: 978-90-6960-274-5

De Zorgbalans beschrijft de prestaties van de gezondheidszorg

In de Zorgbalans geven we een overzicht van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg en het functioneren van het zorgsysteem in bredere zin. De Zorgbalans wordt sinds 2006 gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS. De wijze waarop het begrip ‘prestaties’ is uitgewerkt, sluit daarom aan bij de zogenaamde ‘systeendoelen’ waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De Zorgbalans bestaat uit twee producten:

- het rapport Zorgbalans 2014 (en eerdere jaren)
- de website <http://www.gezondheidszorgbalans.nl>

De kern van beide producten wordt gevormd door een set van ongeveer 140 indicatoren die gezamenlijk een beeld schetsen van het functioneren van de gezondheidszorg en het zorgsysteem. De indicatoren worden op de website regelmatig vernieuwd en geven daarom altijd een actueel beeld. Het rapport bevat naast de indicatoren, een meer diepgaande uitwerking van een aantal thema’s. Daarnaast wordt in het rapport pas op de plaats gemaakt en teruggeblikt op de afgelopen vier jaar: welke belangrijke veranderingen zijn er gaande? Wat gaat goed en wat minder goed?

In dit document worden de hoofdlijnen en belangrijkste conclusies van de verschillende hoofdstukken uit de Zorgbalans 2014 weergegeven, geïllustreerd met enkele figuren. Voor meer diepgaande informatie en voor de achterliggende bronnen verwijzen we naar het rapport Zorgbalans 2014.

Inhoud

Inleiding 3

Deel 1 Hoofdpijnen 7

Deel 2 Conclusies per hoofdstuk 15

1 Zorg rond de geboorte 17

2 Gezond blijven 19

3 Acute zorg 21

4 Beter worden: niet acute curatieve zorg 23

5 Leven met een chronische aandoening of functioneringsprobleem 26

6 Zorg rond het levenseinde 29

7 Zorguitgaven en doelmatigheid 31

8 Zorg en gezondheid 32

9 Gelijke zorg bij gelijke behoefte 33

Deel 1

Hoofdpijnen

De Nederlandse gezondheidszorg: bevindingen op hoofdlijnen

Kwaliteit

Veel gezondheidszorg in Nederland is van hoog niveau en er zijn veel gunstige trends

Internationale vergelijking van kwaliteitsindicatoren van de OECD laat zien dat bij het merendeel van deze indicatoren Nederland bovengemiddeld scoort vergeleken bij andere welvarende landen. Op specifieke terreinen lopen de resultaten uiteen. Bij sommige indicatoren hoort Nederland bij de best scorende landen. Zo worden in Nederland de minste antibiotica voorgeschreven in de eerste lijn en worden patiënten met een heupfractuur vaker binnen 48 uur geopereerd dan in veel andere landen. Op andere indicatoren scoort Nederland minder gunstig: zo zijn de sterfte na een beroerte of myocardinfarct en de perinatale sterfte aan de hoge kant.

Veel kwaliteitsindicatoren laten een gunstige trend zien: de 30-dagensterfte na een beroerte of myocardinfarct nam af, evenals de (vermijdbare) sterfte in ziekenhuizen en het vóórkomen van ziekenhuisinfecties. De snelheid waarmee wordt gestart met een operatie bij heupfracturen nam toe, de 5-jaarsoverleving bij verschillende vormen van kanker steeg, en ook in de langdurige zorg zagen we gunstige trends zoals een afname van decubitus en ondervoeding.

Een terrein dat in positieve zin opvalt, is de zorg rond de geboorte. Toen in 2008 bleek dat Nederland haar toppositie als één van de landen met de laagste perinatale sterfte was kwijtgeraakt, was dat voor betrokken partijen aanleiding om actie te ondernemen. De stuurgroep Zwangerschap en geboorte formuleerde aanbevelingen om de zorg te verbeteren. Een aantal indicatoren in deze Zorgbalans sluit rechtstreeks aan op deze aanbevelingen en deze laten gunstige trends zien. Zo is in 2008 de perinatale audit ingevoerd, en is de deelname hieraan sterk gegroeid. In 2012 hebben vrijwel alle verloskundigen en gynaecologen ten minste eenmaal deelgenomen. Dergelijke audits hebben in het buitenland laten zien tot daadwerkelijke kwaliteitsverbetering te leiden. Steeds minder zwangere vrouwen roken en steeds meer zwangere vrouwen, ook in achterstandswijken, melden zich op tijd bij de verloskundige of huisarts. De perinatale sterfte is internationaal gezien nog altijd aan de hoge kant, maar neemt nog steeds af.

Ouderenzorg: hoge werkdruk gaat ten koste van tijd voor cliënten

Naast een aantal positieve ontwikkelingen in de langdurige zorg, zoals de daling van ondervoeding en decubitus, vallen in de ouderenzorg enkele minder gunstige bevindingen op.

Bewoners van instellingen voor verpleging en verzorging (V&V) en hun vertegenwoordigers rapporteren vaker ongunstige ervaringen dan zorggebruikers in andere sectoren. Vooral een gebrek aan tijd en aandacht springen er uit; een derde van de bewoners van instellingen voor V&V zegt dat er nooit of slechts ‘soms’ voldoende tijd aan hen wordt besteed. Er blijken grote verschillen te zijn tussen instellingen: het maakt dus veel uit in welke instelling iemand terecht komt. Wanneer doorgevraagd wordt over bronnen van onvrede of juist positieve zaken, blijkt dat het werk van zorgverleners wel degelijk gewaardeerd wordt. De onvrede komt dus niet voort uit slecht functionerende zorgverleners. Het beeld wordt bevestigd door het personeel: een derde van de zorgverleners in de sector V&V gaf in 2013 aan dat er niet genoeg personeel was om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren, in verzorgingshuizen was dit 43% en in verpleeghuizen 53%. Van de zorgverleners in verpleeghuizen noemde 15% de zorg die binnen hun eigen afdeling wordt verleend ‘regelmatig of vaak niet goed’. Ook in vorige edities van de Zorgbalans werden deze zaken gesignaleerd en ook in het politieke en publieke debat is het ‘tekort aan handen’ veelvuldig aan de orde gekomen. Er lijkt dan ook niet zozeer sprake van een negatieve trend, maar van een hardnekkig probleem.

Nog steeds grote verschillen in medisch handelen tussen zorgaanbieders

Verschillen in medisch handelen tussen aanbieders bij vergelijkbare situaties (praktijkvariatie) staat de laatste jaren sterk in de belangstelling. De verschillen zijn vaak groot, met andere woorden: de behandeling die een patiënt krijgt, kan sterk verschillen al naar gelang bij welke aanbieder deze terecht komt. Bevallingen in een laagrisicogroep (zwangere vrouwen met een voldragen eerste kind in hoofdligging) worden in sommige ziekenhuizen in 40% van de gevallen ingeleid, terwijl dit in de meest terughoudende ziekenhuizen bij slechts 10% van de gevallen gedaan wordt. Vergelijkbare verschillen zien we in het uitvoeren van kunstverlos-singen en keizersneden. Welke ziekenhuizen veel en welke weinig van zulke ingrepen verrichten is niet openbaar. Daarnaast verschilt de mate waarin huisartsen aanbevelingen uit professionele richtlijnen volgen bij het voorschrijven van medicatie. Huisartsen die het meest richtlijnconform voorschrijven volgen deze aanbevelingen meer dan 30% vaker op dan degenen die het minst de richtlijnen volgen. Ook zijn er ziekenhuizen waarbij 100% van de heupfracturen binnen een kalenderdag geopereerd wordt. Dit vermindert de kans op complicaties en sterfte. Er zijn echter ook ziekenhuizen die minder dan 80% halen.

Toegankelijkheid

Nederland heeft een zeer toegankelijk zorgsysteem

Eerdere edities van de Zorgbalans lieten zien dat toegankelijkheid bij uitstek één van de sterke eigenschappen is van het Nederlandse zorgsysteem. Er bestaat een goede geografische dekking van zorgvoorzieningen en de weg naar de huisarts, fysiotherapeut of verloskundige

kan doorgaans binnen een paar minuten met de auto worden afgelegd. Een autorit naar het ziekenhuis duurt bijna nooit langer dan een half uur. Wachttijden, iets dat nogal eens als één van de problemen van de Nederlandse zorg wordt gezien, zijn sinds 2008 voor het overgrote deel van de behandelingen in het ziekenhuis, inclusief de polikliniek, afgenomen. In de langdurige zorg is er een aanzienlijk aantal wachtenden, maar het aantal problematisch wachtenden is ook hier laag. Ook de verschillen in toegankelijkheid voor verschillende demografische of sociaaleconomische groepen lijken beperkt. Alleen tandartsbezoek vormt hierop een uitzondering, hoger opgeleiden gaan vaker voor controle van het gebit. De sociaaleconomische verschillen in tandartsbezoek zijn hardnekkig en komen in vrijwel alle westerse landen naar voren. Internationaal beschouwd zijn deze verschillen in Nederland overigens klein.

Financiële toegankelijkheid: minder vanzelfsprekend dan voorheen

Het afzien van curatieve zorg om financiële redenen, kwam in Nederland tot voor kort nauwelijks voor. De afgelopen jaren lijkt hier een kentering in op te treden. Zo gaf in 2013 12% van de Nederlandse respondenten in de Health Policy survey aan dat ze in het voorgaande jaar wel eens af hadden gezien van een bezoek aan een arts vanwege de kosten. Drie jaar daarvoor was dat nog 2%. Een vergelijkbare toename zagen we bij het afzien van een aanbevolen medisch onderzoek of behandeling (van 3% naar 16%).

Het afzien van zorg vanwege kosten is niet per definitie ongewenst, met het verplicht eigen risico wordt zelfs beoogd om zorg af te remmen als die niet noodzakelijk is. Intomart GfK kwam in 2013 tot wat lagere percentages van mensen die afzagen van zorg en kwalificeerde een deel hiervan als 'gewenste zorgmijding'. De mate waarin zorggebruik al dan niet als gewenst of noodzakelijk kan worden beschouwd, is echter moeilijk te bepalen en er bestaan geen algemeen aanvaarde criteria voor.

Mogelijk spelen hier de verhoging van het verplichte eigen risico, het minder vaak hebben van een aanvullende verzekering en de gevolgen van de economische recessie een rol. Een aanvullende analyse van IQ Healthcare liet zien dat er sprake is van een duidelijk inkomenseffect: hoe lager het inkomen, hoe vaker mensen van zorg afzien. In een onderzoek van NIPO in 2013 gaf 68% van de specialisten en driekwart van de huisartsen aan in de eigen praktijk te zien dat mensen afzien van bepaalde zorg vanwege de kosten. In een enquête uitgevoerd door de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) in 2014 gaf 94% van de huisartsen aan dat patiënten adviezen wel eens niet opvolgen vanwege de kosten, 70% maakt dit dagelijks of wekelijks mee. Adviezen die het vaakst niet werden opgevolgd vanwege kosten, waren volgens huisartsen lab-onderzoeken, medicijnen afhalen, ggz-bezoek, aanvullende onderzoeken zoals röntgenfoto's en bezoek aan andere eerstelijnszorg, bijvoorbeeld fysiotherapeuten.

Betaalbaarheid

Zorguitgaven blijven stijgen, na 2011 vlakke de groei af

Ongetwijfeld is één van de meest opvallende trendbreuken sinds vorige edities van de Zorgbalans te zien bij de zorguitgaven. De zorguitgaven stegen in de periode 2000-2013 gemiddeld met 5,5% per jaar. In 2011, 2012 en 2013 vlakke deze groei af naar respectievelijk 2,5% en 4,3 en 2% per jaar. Een van de verklaringen hiervoor is de economische recessie die in deze periode gaande was. Economische welvaart en zorguitgaven hangen nauw met elkaar samen. In de periode na 2009 was in verschillende Europese landen zelfs een daling in de zorguitgaven waarneembaar, iets wat daarvoor vrijwel nergens voorkwam. Een deel van het afvlakken van de stijging in Nederland is toe te schrijven aan beleid dat daarop is gevoerd. Zo hebben de Wet geneesmiddelenprijzen en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars ervoor gezorgd dat de uitgaven aan geneesmiddelen sterk werden afgeremd. De OECD, die onderzoek deed naar de reactie van landen op de economische recessie, liet zien dat vooral de groei in uitgaven aan geneesmiddelen en aan preventie in veel landen het sterkst zijn afgenomen. Ook in Nederland is dat het geval. Binnen Europa hoort Nederland nog altijd tot de landen met de hoogste zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product, wat voornamelijk is toe te schrijven aan de langdurige zorg.

In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt over een gelimiteerde groei van de zorguitgaven in de ggz, de medisch specialistische zorg en de eerstelijnszorg voor de periode 2014-2017. Daarnaast wordt vanaf 2015 de AWBZ hervormd. Als deze maatregelen het gewenste effect hebben, zal dat leiden tot een verdere afbuiging van de stijgende zorguitgaven.

Transparantie van kwaliteit: veel beweging

In de Zorgbalans 2010 gaven we aan dat de transparantie van de kwaliteit van zorg op veel vlakken tekortschoot. Sinds 2010 is er veel gebeurd op dit terrein maar er is nog steeds veel te doen: aan de basale voorwaarden om te komen tot valide en betrouwbare informatie is vaak niet voldaan. Vooral de versnippering, onduidelijkheid, ontoegankelijkheid en onvolledigheid van registraties is daarbij een punt van aandacht. De inspanningen om kwaliteit transparant te maken zijn allerminst tot stilstand gekomen. Verschillende initiatieven kwamen en gingen en momenteel is het aantal voorbeelden van projecten waarbinnen hard wordt gewerkt aan zichtbaarheid van kwaliteit groter dan ooit. Naar verwachting gaat het onlangs opgerichte Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol hierin spelen. Ook bij verzekeraars zien we dat waar voorheen voornamelijk over geld werd gesproken, nu steeds vaker kwaliteit een (bescheiden) rol speelt bij de zorginkoop. Door de beroepsgroepen zijn vele registraties opgezet die helpen het eigen handelen te spiegelen aan dat van anderen. Een ontwikkeling die in dit verband het vermelden waard is, is de veel bezochte ZorgkaartNederland. Deze laat zien dat patiënten wellicht meer geïnteresseerd zijn in de persoonlijke verhalen van anderen dan in de meer abstracte, kwantitatieve indicatoren. Het is een manier van informatie delen met anderen die

mensen kennen van het zoeken naar campings en restaurants. Gezien de vele nieuwe initiatieven om kwaliteit van zorg transparant te maken is het te vroeg voor definitieve conclusies over transparantie. De komende jaren moet duidelijk worden wat andere benaderingen, liefst gevoed door goede registraties, bijdragen aan transparantie van kwaliteit.

Gereguleerde concurrentie meer zichtbaar

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft de Rijksoverheid het Nederlandse zorgstelsel voor curatieve zorg ingericht volgens het model van gereguleerde concurrentie. In de Zorgbalans 2010 concludeerden we, mede op basis van de Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag dat er nog lang niet aan alle randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie was voldaan en dat de effecten van het beleid dan ook weinig zichtbaar waren. Wellicht was het nog te vroeg om de effecten van een dusdanig omvangrijke stelselherziening zichtbaar te maken. In deze Zorgbalans signaleren we dat aan de genoemde randvoorwaarden beter wordt voldaan. Verzekeraars zijn zich meer gaan profileren en hebben de eerste stappen genomen richting selectieve contractering. Een aantal beleidsmaatregelen, zoals de uitbreiding van de vrij onderhandelbare zorg (B-segment) zorgt ervoor dat verzekeraars en zorgaanbieders bovendien meer contractvrijheid krijgen. Kritisch inkoopbeleid door zorgverzekeraars op basis van kwaliteit komt echter nog weinig voor. Dat er ook daadwerkelijk sprake is van concurrentie tussen verzekeraars, blijkt onder andere uit het aantal mensen dat overstapt: 1,2 miljoen in 2013. De hoogte van de nominale premie, die de verzekeraars zelf mogen bepalen op basis van het door de overheid vastgestelde basispakket, is in 2014 afgenomen.

De toekomst

Informatie in de Zorgbalans is altijd gebaseerd op wat daadwerkelijk gemeten kan worden en zegt dus per definitie niets over de toekomst. Desondanks anticiperen we wel op ontwikkelingen. Zo zal de grote verschuiving van zorg van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zorgverzekeringswet aandachtig worden gevolgd en wordt al gewerkt aan nog betere indicatoren om dit proces te monitoren. Ook de transparantie van kwaliteit is actueel, en zal dat in de nabije toekomst zeker blijven. Juist in tijden dat het zorgstelsel zo volop in beweging is, is het van belang om een robuust instrument te hebben dat de vinger aan de pols houdt op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tegelijkertijd vragen nieuwe ontwikkelingen vaak ook om nieuwe en andere indicatoren. De komende jaren zal de Zorgbalans dan ook mee veranderen met de vele ontwikkelingen en blijft het meten van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid de kern.

Deel 2

Conclusies per hoofdstuk

1 Zorg rond de geboorte

Sinds de verschijning van het eerste Euro-Peristatrapport in 2004 is de verloskundige zorg in Nederland in beweging gekomen. Uit dat rapport bleek dat de perinatale sterfte in Nederland aan de hoge kant was. Als gevolg hiervan zijn tal van maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Voorbeelden van deze maatregelen zijn: de invoering van het preconceptieconsult (2008), de oprichting van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2008), de uitbreiding van de neonatale screening (2008), de oprichting van de stichting Perinatale Audit Nederland (2010) en de instelling van het College Perinatale Zorg (2011). Ook zijn regionale verloskundige consortia opgericht om de samenwerking tussen de verloskundige zorgverleners onderling te bevorderen. Daarnaast zijn er verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) opgericht waarin samengewerkt wordt door huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, kinderartsen en anesthesiologen.

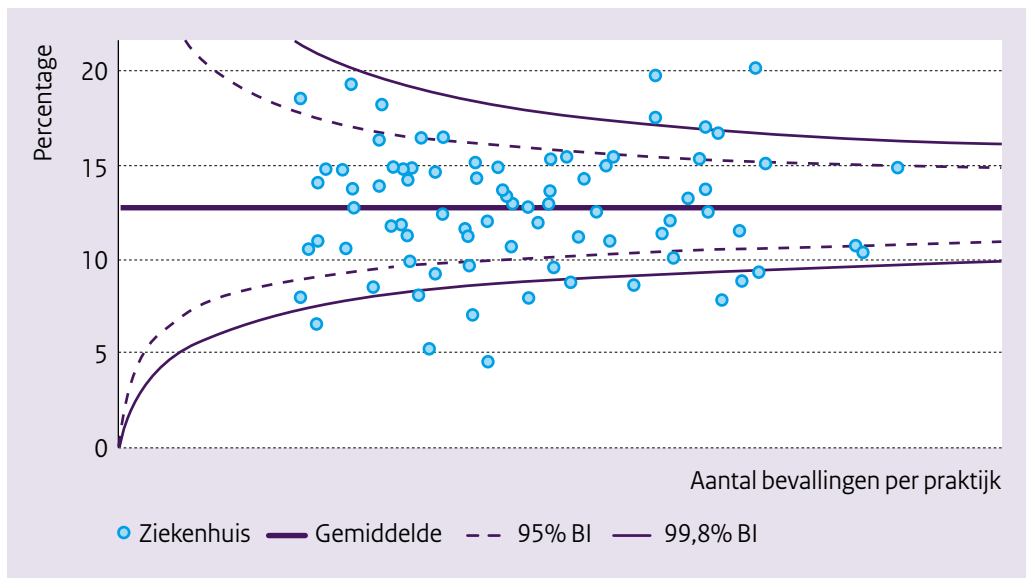
In de Zorgbalans 2014 zien we veel gunstige trends op dit terrein. Zwangere vrouwen, ook die in achterstandswijken, weten meestal voor de tiende week de weg naar de verloskundige al te vinden. Steeds minder zwangere vrouwen roken en de foetale en neonatale sterfte zijn gedaald. Steeds minder te vroeg geboren baby's worden geboren in een ziekenhuis zonder een neonatale intensive care unit en de deelname aan de perinatale audit is in korte tijd flink toegenomen. Causale verbanden kunnen niet worden vastgesteld maar het lijkt plausibel dat een deel van deze gunstige ontwikkelingen het resultaat is van de gezamenlijke acties die partijen in het veld hebben ondernomen om te werken aan kwaliteitsverbetering.

In de afgelopen jaren heeft er een verschuiving plaatsgevonden in de plek van de bevalling. Steeds meer bevallingen vinden plaats in het ziekenhuis, en steeds minder thuis. De reden voor deze toename is waarschijnlijk dat meer vrouwen met een voorkeur voor pijnstilling via een ruggenprik worden doorverwezen. Daarnaast is er een toenemende neiging om de baring in te leiden (in geval van een zwangerschapsduur langer dan 41 weken of een hoge bloeddruk van de moeder) om complicaties te voorkomen. Van alle bevallingen vindt 14% thuis plaats onder begeleiding van een verloskundige. Wanneer het gaat om een eerste kind ligt dat percentage wat lager (8%).

Ondanks dat het percentage spontaan verlopen bevallingen onder begeleiding van een gynaecoloog toenam, zien we in de periode 2005-2012 een stijging in het percentage ingeleide bevallingen en ongeplande keizersneden. Daarnaast was er een afname van het percentage kunstverlossingen en bleef het percentage geplande keizersneden stabiel.

Opvallend is dat er grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in de mate waarin wordt overgegaan tot ingrepen zoals inleidingen, kunstverlossingen, keizersneden of het doen van een episiotomie. Ook na correctie op relevante kenmerken zien we voor deze ingrepen percentages die vaak een factor 2 of 3 variëren tussen de ziekenhuizen. Daarnaast is het opmerkelijk dat er geen recente gegevens zijn over de cliënttevredenheid over de verloskundige zorg.

Figuur 1: Percentage ongeplande keizersneden bij vrouwen in de laagrisicogroep, 2012 (Bron: PRN 2012; databewerking Stichting PRN).



Om herleidbaarheid van ziekenhuizen te voorkómen, zijn data van de 5% grootste en 5% kleinste ziekenhuizen niet geleverd. Om dezelfde reden zijn geen exacte aantallen bevallingen geleverd, waardoor deze ontbreken op de x-as

Tot slot is er over de toename van de uitgaven in de geboortezorg veel te doen geweest. Het huidige financieringssysteem heeft onder andere tot gevolg dat bevallingen dubbel gedeclareerd worden, vanwege een doorverwijzing tijdens de bevalling vanuit de eerste naar de tweede lijn. De NZa heeft geanalyseerd in hoeverre integrale bekostiging in de geboortezorg geïmplementeerd kon worden, maar heeft het invoeren hiervan afgeraden wegens onvoldoende draagvlak en het ontbreken van een landelijke zorgstandaard.

Het CPZ ontwikkelt momenteel een landelijke zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Deze landelijke zorgstandaard vormt de basis voor de regionale geboortezorg. Dit houdt in dat alle acties in de geboortezorg in de toekomst op regionaal niveau met elkaar moeten zijn afgestemd en terug te vinden zijn in protocollen of zorgpaden.

2 Gezond blijven

Zorgvoorzieningen die preventie leveren, zoals verloskundigenpraktijken, huisartspraktijken en fysiotherapiepraktijken, liggen bijna altijd op korte reisafstand en zijn doorgaans goed toegankelijk.

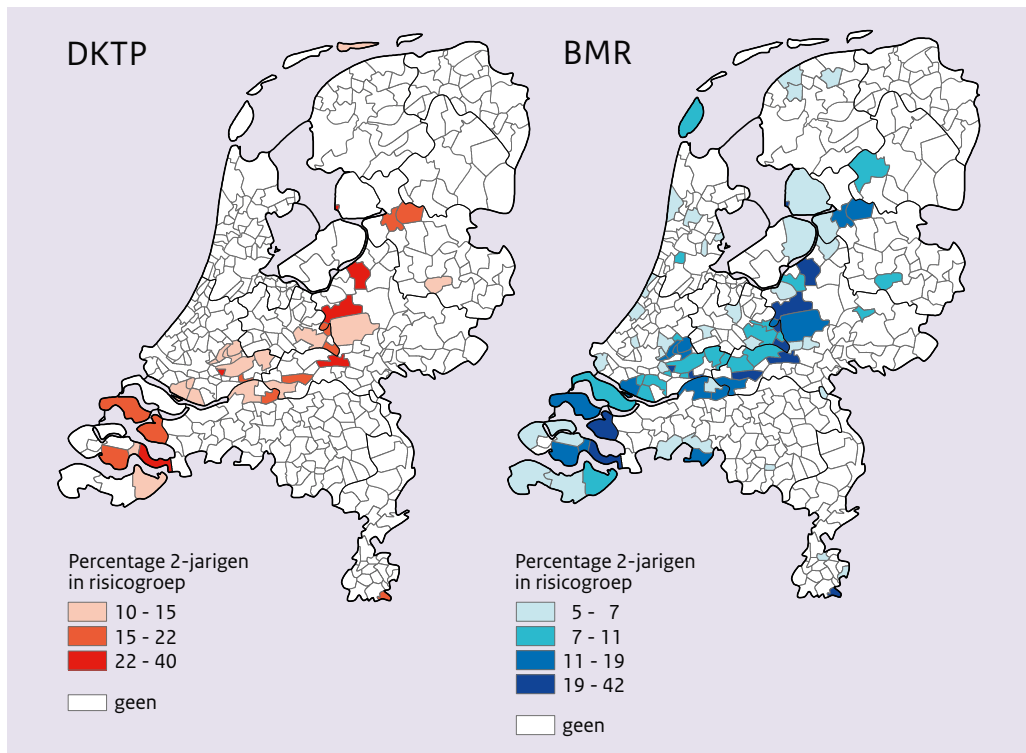
Wel kunnen er financiële belemmeringen zijn voor sommige vormen van preventie wanneer er eigen betalingen nodig zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor preventieve mondzorg voor volwassenen en fysiotherapeutische preventie die niet onder de basisverzekering valt. Andere vormen van preventie vallen wel onder de basisverzekering, maar ook onder het verplicht eigen risico. Dit geldt bijvoorbeeld voor begeleiding en medicatie bij stoppen met roken en diagnostiek en behandeling na een positieve uitslag van een screeningsonderzoek. Ook voor de preventie van psychische stoornissen is het beeld divers. Afhankelijk van de verzekeraar, het pakket, de zorgverlener en het type interventie zijn hier eigen betalingen nodig.

De deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is internationaal gezien hoog (79,6% in 2012). In het begin van de 21ste eeuw lag de deelname op ongeveer hetzelfde niveau, tussentijds lag het iets hoger. Het deelnamepercentage van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker ligt op een beduidend lager niveau (64,2% in 2011), maar in vergelijking met andere landen is het nog tamelijk hoog. Het deelnamepercentage is iets gedaald sinds het jaar 2001. Na 2016 zal blijken of het deelnamepercentage bij baarmoederhalskanker zal toenemen wanneer het ook mogelijk wordt dat vrouwen bij zichzelf materiaal afnemen met behulp van een zelfafnameset. Een streefpercentage voor de bevolkingsonderzoeken wordt in Nederland niet gehanteerd, omdat deelname aan preventieve interventies een eigen keuze is. De overheid vindt het belangrijk dat mensen een goedgeïnformeerde keuze kunnen maken. Een lage deelname resulteert wel in hogere programmakosten per opgespoord geval.

Vrijwel alle pasgeborenen worden vlak na de geboorte gescreend op slechthorendheid en zeldzame ernstige aandoeningen (hielprik). Ook de screening van zwangere vrouwen op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie is bijna volledig (>99%). Van alle kinderen die aan één van de zeldzame ernstige aandoeningen lijden waarop wordt gescreend, is 99,1% met de hielprikscreening opgespoord.

De participatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma is ook hoog. Onder 2-jarigen is de vaccinatiegraad voor difterie, kinkhoest, tetanus en polio (DKTP) 95,4% en voor bof, mazelen en rodehond (BMR) 96,0%. Van alle 2-jarige kinderen woont 0,9% in een gemeente met een vaccinatiegraad beneden de norm voor DKTP. 1,5% woont in een gemeente met een vaccinatiegraad beneden de norm voor BMR. Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van meningitis veroorzaakt door meningokokken C is sinds 2002, toen het vaccin daartegen werd opgenomen in het RVP, gedaald tot nog maar enkele gevallen. De daling van het aantal gevallen van meningitis veroorzaakt door pneumokokken verloopt wat trager. De griepvaccinatiegraad is in 2012 62%. Dit percentage is berekend voor de hele doelgroep, personen met een gezondheidsrisico en personen van 60 jaar en ouder. Dit percentage is hoger dan in

Figuur 2: Percentage 2-jarige kinderen in de risicogroep ^a voor DKTP en BMR per gemeente ^{b,c}, in 2013 (Bron: Van Lier et al., 2014; gegevens bewerkt door RIVM).



^a Niet of onvoldoende gevaccineerd én woonachtig in een gemeente met een te lage vaccinatiëgraad voor DKTP of BMR

^b In grensgemeenten krijgen kinderen hun vaccinaties soms in het buurland. Wanneer dit niet wordt doorgegeven en geregistreerd in het Nederlandse systeem, lijkt de vaccinatiëgraad lager dan deze in werkelijkheid is (bijvoorbeeld Vaals)

^c In kleine gemeenten kan het aantal kinderen dat voor vaccinatie in aanmerking komt zo laag zijn, dat het niet vaccineren van één of enkele kinderen er al toe kan leiden dat het percentage 2-jarigen dat niet of niet volledig is gevaccineerd, lager is dan 10% (bijvoorbeeld Ameland en Mook en Middelaar)

andere West-Europese landen. Ondanks deze positieve cijfers blijven er uitdagingen voor het vaccinatiëbeleid. Recente kwesties zijn de tegenvallende opkomstpercentage bij de HPV-vaccinatie van 13-jarige meisjes (voor meisjes geboren in 1997 56%), de bof-epidemie onder studenten sinds 2009, de mazelen-epidemie van mei 2013 tot maart 2014 in regio's waar veel mensen wonen van reformatorische gezindte en de vraag of griepvaccinatie voor ouderen eigenlijk wel zin heeft. De vaccinatiëgraad van HPV is in twee jaar tijd gestegen tot 61% (voor meisjes geboren in 1999). De Gezondheidsraad heeft in mei 2014 in een advies over

griepvaccinatie bij gezonde 60-plussers gesteld dat er voldoende aanwijzingen zijn dat vaccinatie van ouderen beschermt tegen de complicaties van griep, al is de bewijskracht beperkt.

In de huisartspraktijk kreeg 21% van de rokers die in 2013 de huisarts bezochten het advies te stoppen met roken. In 2001 was dat nog 18%.

Er zijn veel meer preventieve interventies in de zorg dan in de Zorgbalans aan de orde komen. Een greep daaruit zijn de verschillende taken van de jeugdgezondheidszorg, signalering van kindermishandeling op de SEH, sputomruil op GGD'en, bevordering van mondgezondheid in de tandartspraktijk, preventie van cardiometabole aandoeningen en psychische stoornissen in de huisartspraktijk, e-health preventie en opsporing van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en door wijkverpleegkundigen. Uit recente rapporten over kwaliteit en effectiviteit van zorggerelateerde preventie blijkt dat voor de meeste vormen van preventie wel algemene informatie beschikbaar is over het aanbod, maar dat over het bereik en de effecten op gezondheid veel minder bekend is. Schattingen over de uitgaven en financiële opbrengsten zijn helemaal schaars.

3 Acute zorg

Ten opzichte van 2010 is de geografische bereikbaarheid van acute zorg stabiel gebleven. De acute zorg is goed bereikbaar. Landelijk gezien is de spreiding van afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's) goed. In de meeste gebieden kunnen zelfs meerdere ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulpverlening binnen de normtijd van 45 minuten bereikt worden. Een punt van aandacht is dat door fusies van ziekenhuizen de bestaande spreiding van SEH's onder druk komt te staan. Dat speelt vaak vooral in landelijke gebieden die slechts door één SEH gedekt worden. Waren er in 2005 nog 106 SEH's in Nederland, momenteel zijn er nog 94. Deze 'verdunding van voorzieningen' wordt gecompenseerd door snellere rijtijden van ambulances. Zo wordt toch voldoende dekking in het land behaald. Grotendeels worden de gemiddeld hogere ambulancesnelheden veroorzaakt door betere modellen. Mogelijk komt een deel van de hogere snelheden door verminderde verkeerscongestie als gevolg van de economische recessie waarin het land de laatste jaren heeft verkeerd. Mocht dat zo zijn, dan zouden de ambulancesnelheden bij een opbloeiende economie in de toekomst kunnen dalen. Hierdoor is de huidige spreiding van SEH's voor een grotere groep mensen mogelijk niet meer afdoende.

De norm dat 95% van de ambulance spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn, wordt nog niet gehaald. In 2012 was de sector nog 2 procentpunten verwijderd van deze norm. Wel zien we een duidelijke en constante verbetering sinds 2006.

Figuur 3: Percentage patiënten van 45 jaar en ouder dat na opname in het ziekenhuis voor een acuut myocardinfarct binnen 30 dagen overlijdt (inclusief dagopnamen), gestandaardiseerd naar de OECD 2010 populatie van 45 jaar en ouder opgenomen in een ziekenhuis vanwege een acuut myocardinfarct. Per meetpunt is een 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven (Bron: door CBS beschikbaar gestelde bestanden met gegevens uit de LMR, gekoppeld met gegevens uit GBA; databewerking OECD en RIVM).



In de vorige Zorgbalans werd geconstateerd dat de telefonische bereikbaarheid voor spoedoproepen van huisartsen sterk verbeterd moest worden om aan de voorwaarden van verantwoorde zorg te voldoen. Inmiddels is dat traject afgerond door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De telefonische bereikbaarheid is sterk verbeterd. Uit de laatste controle, eind 2011, bleek dat alle huisartsen aan de norm voldeden. Sinds 2009 wordt ook de telefonische bereikbaarheid voor spoedoproepen van huisartsenposten gemeten. Aanvankelijk werd 89% van de spoedoproepen binnen de veldnorm van 30 seconden beantwoord. In 2012 is dat opgelopen tot 95%.

Opvallend is de hoge sterfte binnen 30 dagen na opname voor een myocardinfarct, een herseninfarct of een hersenbloeding in vergelijking met andere landen. Nederland scoort op deze indicatoren internationaal matig met cijfers die ruim boven het Europese gemiddelde liggen.

Hoewel de splitsing tussen acute en planbare zorg niet eenvoudig is, geven voorzichtige berekeningen aan dat het aandeel acute zorg ongeveer 5% is van het totale zorgbudget. In dit percentage zijn sommige vormen van acute zorg, zoals acute tandartsenzorg, acute verloskunde en acute ggz niet meegenomen.

De verschillen in prijzen van spoedzorg in Nederland worden kleiner. We zien dat de tarieven voor de huisartsenposten nivelleren. Was in 2008 het hoogste tarief nog meer dan vier keer zo hoog als het laagste tarief, in mei 2014 is het hoogste tarief minder dan twee keer zo hoog als

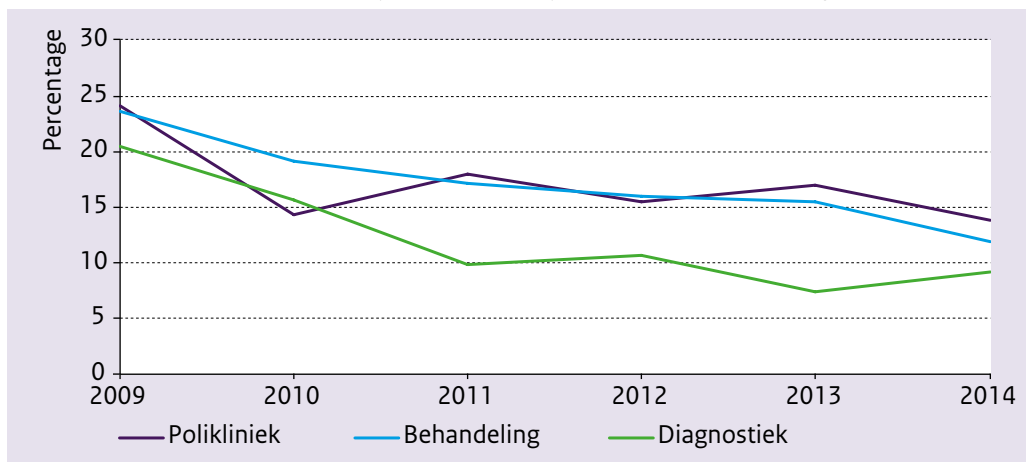
het laagste tarief. Ook in de ambulancezorg zien we een trend voor nivellering van de tarieven: de NZa geeft aan dat spoedritten per ambulance in de toekomst overal in het land even duur worden.

4 Beter worden: niet-acute curatieve zorg

Het aantal mensen dat hun zorgverzekering zes maanden of langer niet heeft betaald, is in de periode 2010-2013 gestegen tot ruim 316.000. Wanbetalers hebben vaak nog andere schulden en zijn lastig te bereiken. Volgens de International Health Policy Survey 2012 zegt een deel van de bevolking in Nederland soms af te zien van medische behandeling vanwege de kosten. De situatie is minder slecht dan in de Verenigde Staten maar wel ongunstiger dan in veel andere westerse landen. Op basis van een Nederlands onderzoek uit 2012-2013 werd berekend dat ongeveer 2% van de bevolking met gezondheidsklachten ongewenst had afgezien van zorg vanwege de kosten. Positief is dat het aantal onverzekerden in de periode 2010-2013 is gedaald. Eind 2013 waren dat er 29.000.

Voor de andere aspecten van toegankelijkheid, bereikbaarheid en tijdigheid zijn op sommige terreinen ook enkele knelpunten aan te wijzen. Tijdigheid in de niet-acute zorg is belangrijk, maar minder belangrijk dan in de acute zorg. De reistijd naar eerstelijnsvoorzieningen en ziekenhuizen is, afgezien van enkele regio's, gering.

Figuur 4: Percentage ziekenhuisafdelingen (inclusief zbc's) waarbij de verwachte wachttijden boven de Treeknorm^a uitkomen, 1 januari 2009 - 1 januari 2014 (Bron: Mediquest, 2009- 2014).



^a Treeknorm voor poliklinische zorg is 4 weken, voor behandeling 7 weken en voor diagnostiek 4 weken

Uit onderzoek uit 2010 blijkt dat bij 42% van de huisartsenpraktijken de telefoon niet binnen twee minuten persoonlijk werd beantwoord. Dit was hetzelfde in 2008. De wachttijd voor een contact met een medisch specialist langer dan de Treeknorm is tussen 1 januari 2009 en 2014 afgenomen van 24,1% naar 13,8%. Er is wel een grote variatie in de wachttijd tussen de specialismen. Bij heelkunde duurt het gemiddeld nog geen anderhalve week voordat men bij de medisch specialist terecht kan, bij allergologie vijf weken. Er bestaat geen centrale registratie van wachttijden voor generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Over trends in de wachttijd bij de ggz is dus weinig te zeggen. Gezien de bezorgde meldingen van familie van patiënten en zorgen van huisartsen over het slechter kunnen verwijzen van patiënten naar de ggz, lijkt het zinvol om de toegankelijkheid te monitoren.

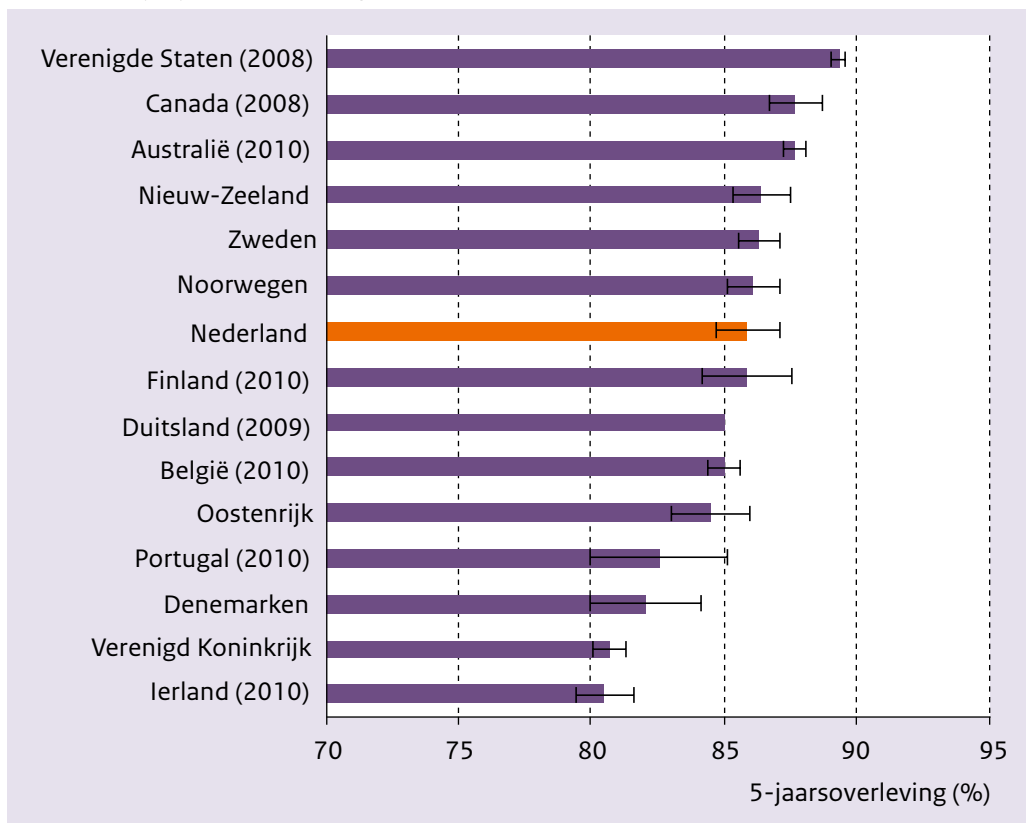
Het aantal wachtenden voor een nieuw orgaan is in tien jaar tijd gedaald met 20% tot 1.149 op 31 december 2013. De meesten wachten op een nier. Degenen die in 2013 een donornier hebben ontvangen, hadden gemiddeld 960 dagen moeten wachten. Internationaal gezien is het aantal gebruikte organen van overleden donoren laag, maar van levende donoren juist hoog. Een stijgend aantal levende donoren verklaart ook voor een groot deel de krimpende wachtlijst.

Huisartsen schrijven vaak voor volgens de professionele richtlijnen maar bij een aantal aandoeningen wordt hier ook regelmatig van afgeweken. Het betreft vooral voorschrijven bij cardiovasculair risicomangement en depressie. Hoewel huisartsen nog vaak antibiotica voorschrijven, zien we wel een daling tussen 2010 en 2012. Het antibioticagebruik in Nederland is zeer laag in vergelijking met andere landen. Het aantal ziekenhuisopnamen in Nederland voor astma, COPD en acute complicaties van diabetes mellitus is lager dan in andere westerse landen. Dat zou erop kunnen wijzen dat de zorg in de eerste lijn en de poliklinische ziekenhuiszorg in Nederland het ontstaan van ernstige symptomen voorkómen. Voor hartfalen en chronische complicaties van diabetes mellitus is de situatie minder rooskleurig en scoort Nederland in de middenmoot. Voor patiënten met een type kanker waarop gescreend wordt (borst-, baarmoederhals- en darmkanker) is de 5-jaarsoverleving in de periode 2000-2011 stabiel tot licht gestegen. Internationaal gezien is de overleving voor deze vormen van kanker in Nederland na diagnose gemiddeld.

Uit navraag bij patiënten die kortdurende geestelijke gezondheidszorg ontvangen, blijkt dat meer dan 90% van hen de indruk heeft dat de zorgverlener hun klachten goed begrijpt en dat meer dan 85% van mening is dat de behandeling de juiste aanpak is voor hun klachten en dat deze naar wens wordt uitgevoerd. In 2013 leverde 32% van de grotere ggz-instellingen ROM-metingen aan bij Stichting Benchmark GGZ. ROM-metingen geven een indruk van het behandel-effect. Het blijkt dat bij ruim driekwart van de cliënten die kortdurende behandeling kregen de klachten afnamen.

Van de mensen die zich suïcideren, is 40% in behandeling in de ggz. De trend over de periode 2007-2012 laat zien dat het totaal aantal suïcides van mensen die in behandeling zijn van de ggz is toegenomen. Het aantal vrijheidsbeperkende interventies in de ggz per 1000 opnamen is

Figuur 5: Relatieve 5-jaarsoverleving (met 95% betrouwbaarheidsinterval) van vrouwen met borstkanker, gediagnosticeerd in 2006 met follow-up tot 2011, tenzij anders vermeld (tussen haakjes jaar tot follow-up) (Bron: OECD, 2013a).



in vier jaar tijd (2009-2012) gedaald. Een ruwe schatting laat een daling van 22% zien. De tijdsduur van de interventies is internationaal gezien lang.

Als aan patiënten zelf gevraagd wordt hoe zij de kwaliteit van de zorg beoordelen, zijn zij tamelijk positief. De slechtste ervaringen hebben zij met het meebeslissen over de behandeling, de tijd die de zorgverleners uittrekken voor de patiënt en het ontvangen van begrijpelijke uitleg. In Nederland is er grote variatie tussen patiëntengroepen in het ontvangen van informatie bij ontslag uit het ziekenhuis. In sommige andere landen ontvangen patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen vaker schriftelijke informatie dan in Nederland. Als patiënten met meerdere zorgverleners te maken hebben, ervaren zij regelmatig problemen in de coördinatie en afstemming van zorg. Vergeleken met andere landen scoort Nederland op dit gebied tamelijk goed. Alleen in het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nieuw-Zeeland ervaren patiënten minder problemen op het gebied van coördinatie en afstemming van de zorg.

Op het gebied van de patiëntveiligheid is de situatie in de afgelopen jaren verbeterd. De gestandaardiseerde ziekenhuissterfte is in de periode 2007-2012 afgenomen met 34%. Wel blijven er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen. Het percentage patiënten dat tijdens hun opname potentieel vermijdbare schade opliep, daalde tussen 2004 en 2011-2012. Dit geldt ook voor het percentage in het ziekenhuis overleden patiënten waarbij de sterfte potentieel vermijdbaar was. Het percentage ziekenhuisinfecties is in de periode 2008-2012 ook gedaald.

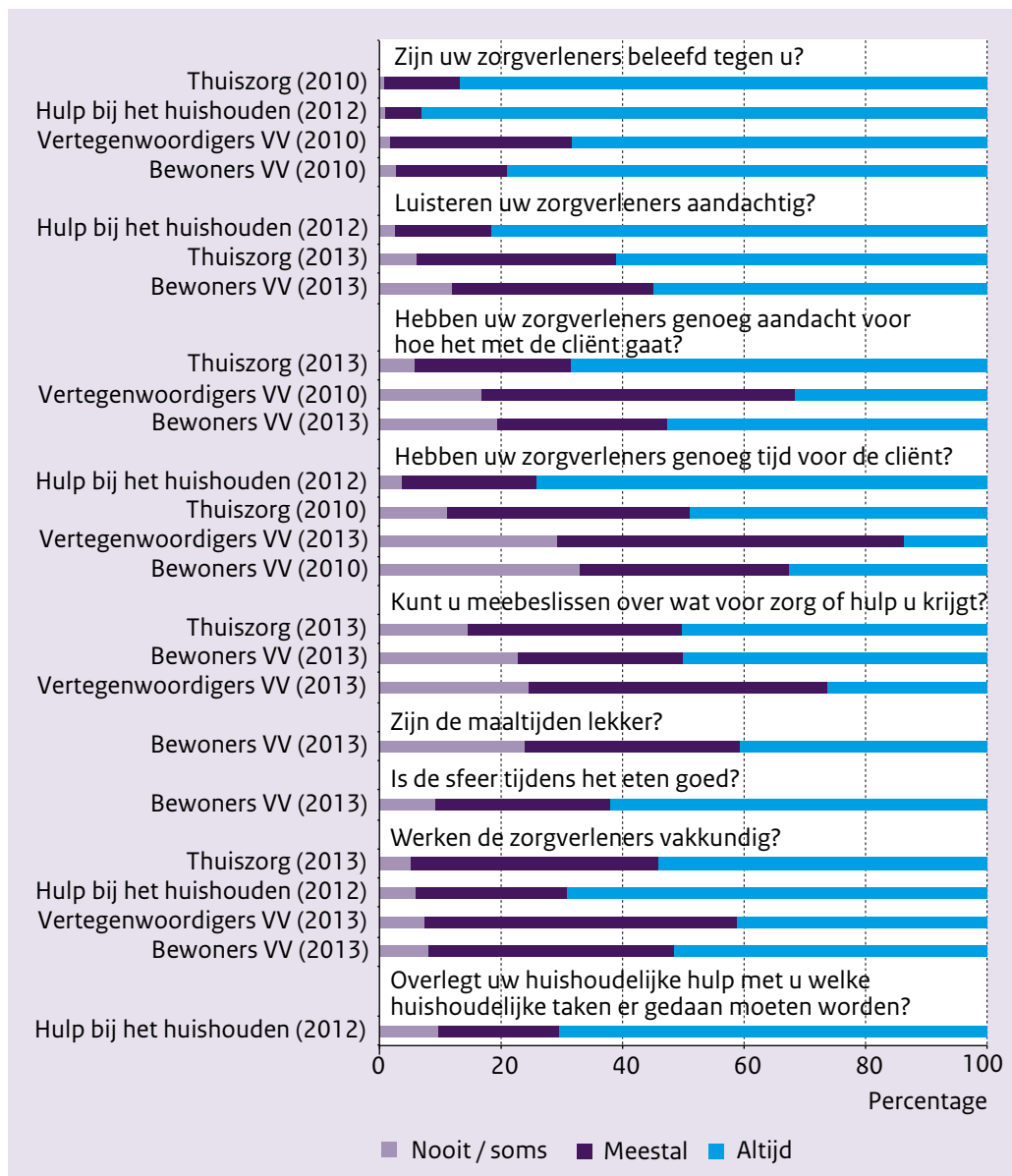
Sinds de IGZ begon met het toezicht op het naleven van volumennormen voor complexe operaties, is het aantal ziekenhuizen dat te weinig operaties uitvoert sterk gedaald. Wel zijn er nog ziekenhuizen die te weinig operaties uitvoeren. Voor alveeskliekkanker waren dat er in 2012 nog 2, voor blaaskanker 6 en voor slokdarmkanker 3. Afgaande op ervaringen van patiënten zelf zou de veiligheid nog beter kunnen. In sommige landen zoals Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk, rapporteren patiënten minder fouten dan in Nederland.

5 Leven met een chronische aandoening of functioneringsprobleem

Als we kijken naar de prestaties van de verschillende sectoren in de langdurige zorg valt een aantal zaken op. Het aantal cliënten dat langer dan de Treeknorm moet wachten en geen overbruggingszorg krijgt, is voor alle zorgfuncties beperkt. Het aantal wenswachtenden is nog wel aanzienlijk. Dit zijn mensen die wachten op zorg van een specifieke aanbieder die aan hun zorgvraag kan voldoen. De wachttijd tussen de aanvraag van Wmo-hulp bij gemeenten en de daadwerkelijk toezegging ervan, ervoer 8% van de aanvragers als een groot probleem. Een positieve ontwikkeling is dat het aantal plaatsen in meerbedskamers aanzienlijk is gereduceerd. Ook met betrekking tot vermijdbare zorgproblemen in zorginstellingen zijn over het algemeen positieve ontwikkelingen te zien. De prevalentie van decubitus en (risico op) ondervoeding en het optreden van valincidenten zijn gedaald. Het reduceren van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen verdient echter nog aandacht; deze middelen worden nog vaak toegepast in instellingen voor wonen, zorg en welzijn.

Hoewel cliënten de warmte, aandacht, respectvolle benadering en deskundigheid van zorgverleners waarderen, gaven cliënten die intramurale zorg ontvingen en hun vertegenwoordigers vaker dan cliënten die extramurale zorg ontvingen aan dat zorgverleners niet voldoende aandacht of tijd voor hen hadden. Ook gaven zij vaker aan dat zij niet kunnen meebeslissen over de zorg of hulp die zij ontvangen. Deze bevindingen zijn in lijn met wat verpleegkundigen en verzorgenden uit de verschillende sectoren aangaven. Verzorgenden in verpleeghuizen waren over het algemeen het minst positief over de kwaliteit van de geleverde zorg in de eigen instelling. Ook gaven zij, samen met verzorgenden in verzorgingshuizen, vaker dan verzorgenden en verpleegkundigen in de thuiszorg aan dat de door hun afdeling/team verleende kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed was en dat er niet voldoende (gekwalificeerd) personeel was. Ondanks de aanzienlijke, en steeds verder toenemende,

Figuur 6: Mate waarin zorggebruikers goede ervaringen hebben met bejegening, communicatie, maaltijden en vakkundigheid (Bron: NIVEL, CQ-index; zie bijlage 3).



VV = Verpleeg- en verzorgingshuizen

uitgaven aan de intramurale zorg, is er blijkbaar nog steeds ruimte voor verbetering. Aandachtspunten volgens (vertegenwoordigers van) bewoners zijn onder andere de inzet van personeel en de faciliteiten die de organisatie biedt, onder andere om bewoners voldoende te activeren. In 2012 werd door de minister van VWS 372 miljoen euro extra geïnvesteerd in de langdurige zorg, middels de zogeheten intensiveringsmiddelen, om de kwaliteit van de langdurige zorg te bevorderen door extra medewerkers op te leiden en aan te nemen, huidige medewerkers op te leiden tot een hoger kwalificatieniveau, en administratieve lasten terug te dringen. Ongeveer twee derde daarvan is door zorginstellingen aangewend voor 'extra handen'. Het is van belang om te monitoren of deze investering zich uiteindelijk zal gaan vertalen in een betere (ervaren) kwaliteit van zorg. Dit is vooral van belang omdat uit onderzoek van de IGZ blijkt dat in veel zorginstellingen de beschikbaarheid en deskundigheid van personeel vaak nog onvoldoende zijn afgestemd op de zorgbehoeften van cliënten. De IGZ geeft aan dat de deskundigheid de komende jaren steeds belangrijker zal worden, vooral omdat naar verwachting de ouderen die in de toekomst in een intramurale zorginstelling terecht komen vaak nog complexere zorg nodig zullen hebben dan nu.

In de afgelopen jaren hebben diverse ontwikkelingen plaatsgevonden om de transparantie van de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Niet alleen de overheid, maar ook brancheorganisaties, patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars hebben zich ingezet om de prestaties van de langdurige zorg meetbaar en zichtbaar te maken. Het gevolg is dat er een grote diversiteit is ontstaan aan indicatorensets en gegevenssets voor de langdurige zorg, vooral voor de verpleging, verzorging en thuiszorg. In de Zorgbalans van 2010 werd de wens uitgesproken om in de Zorgbalans van 2014 meer aandacht te besteden aan de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz. Inmiddels zijn er belangrijke beginstappen gemaakt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door middel van CQ-metingen door ggz-instellingen in het kader van Zichtbare Zorg, Routine Outcome Monitoring (ROM) in ggz-instellingen en instellingen voor beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen en gegevensverzameling in het kader van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Vooralsnog is inzicht in de prestaties van de gehandicaptenzorg echter nog beperkt.

Door de hervorming van de langdurige zorg zullen er belangrijke veranderingen en verschuivingen gaan plaatsvinden in onder andere de bekostiging en verantwoordelijkheden omtrent de organisatie en levering van de zorg. Monitoring van deze veranderingen in de verschillende sectoren inclusief de gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten/doelmatigheid van de zorg is daarom belangrijker dan ooit. Inmiddels zijn er verschillende trajecten in gang gezet om de beleidsdoelen te vertalen naar meetbare doelen om de (neven-)effecten van de hervorming van de langdurige zorg in beeld te kunnen brengen, niet alleen voor burgers, maar ook voor bijvoorbeeld de arbeidsmarkt. Hiertoe zullen monitors waarmee dit proces kan worden bewaakt opgezet moeten worden.

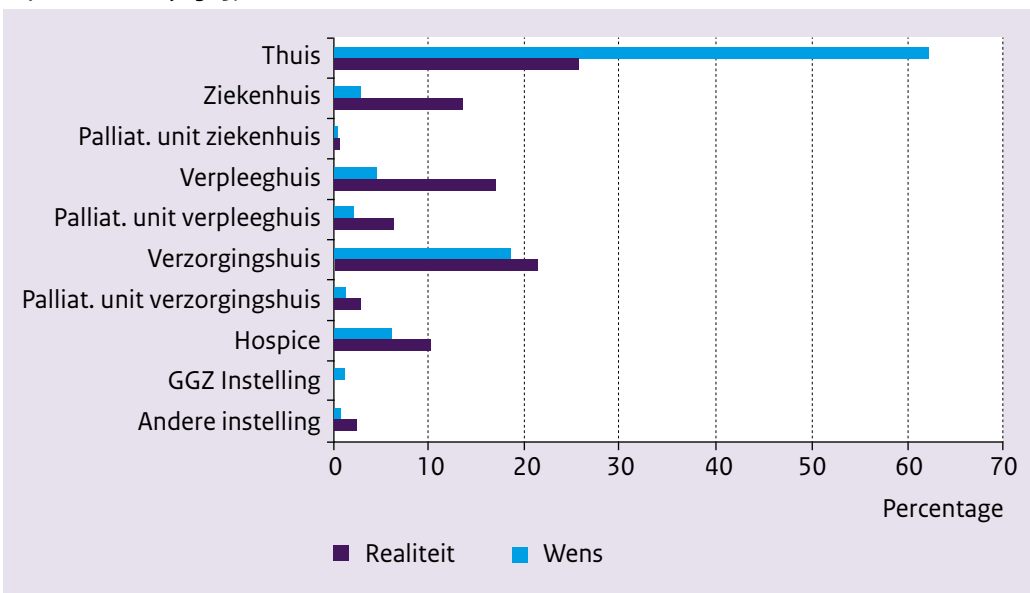
6 Zorg rond het levenseinde

De laatste decennia is de belangstelling voor palliatieve zorg toegenomen. Er zijn drie ZonMw onderzoeksprogramma's opgezet en er is veel gedaan om het aanbod van palliatieve zorg en de kennis en expertise te vergroten. Het ministerie van VWS heeft daarbij steeds een vinger aan de pols gehouden om ontwikkelingen te kunnen volgen en eventueel bij te sturen.

In de loop der tijd hebben zich enkele verschuivingen voor gedaan. Onder palliatieve zorg wordt niet langer alleen terminale zorg verstaan, maar zorg die wanneer nodig begint wanneer duidelijk is dat de ziekte ongeneeslijk is en uiteindelijk tot de dood zal leiden. Palliatieve zorg omvat ook zorg voor de nabestaanden. Daarnaast wordt, mede op instigatie van het ministerie van VWS, palliatieve zorg gezien als generalistische zorg die door elke zorgprofessional verleend moet kunnen worden. Dit in tegenstelling tot veel andere Europese landen waar palliatieve zorg wordt gezien als specialistische zorg.

De afgelopen jaren is de aandacht vooral uitgegaan naar het vergroten van de kennis en uitbreiding van het aanbod van palliatieve zorg. Zo is in de laatste acht jaar het aantal thuiszorgorganisaties dat palliatieve zorg verleend bijna vertienvoudigd en het aantal hospice voorzieningen en vrijwilligersorganisaties met 30% toegenomen. Alle academische ziekenhuizen hebben inmiddels een palliatief expertise centrum en er zijn 80 kaderhuisartsen

Figuur 7: Gewenste en de gerealiseerde plaats van overlijden volgens nabestaanden (Bron: CQ-index; zie bijlage 3).



palliatieve zorg. Ter ondersteuning van de uitvoering van palliatieve zorg is er een landelijk netwerk van regionale consultatieteams. Er zijn ruim 50 richtlijnen en handreikingen voor palliatieve zorg door of met het IKNL ontwikkeld. Deze zijn bekend en worden ook geraadpleegd door het overgrote deel van de doelgroep. Er is echter nog niet zoveel bekend over de kwaliteit van palliatieve zorg. Er zijn indicatoren en een CQ-index palliatieve zorg ontwikkeld, maar metingen zijn nog schaars.

Toch is er wel wat bekend over de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de nabestaanden. Zo was meer dan 90% van de nabestaanden meestal of altijd tevreden over de uitleg en informatie die zij van zorgverleners kregen en ook over de gelegenheid die zij en hun naasten kregen om alleen te zijn als zij dat wilden. Aan nazorg werd minder aandacht besteed. Ongeveer 90% van de nabestaanden voelde zich gesteund door zorgverleners direct na het overlijden, maar meer dan de helft van de nabestaanden was niet geweest op mogelijkheden voor nazorg en bij ruim 60% had geen afscheids- of evaluatiegesprek plaatsgevonden. De meeste mensen willen het liefst thuis sterven. Volgens de nabestaanden wilde 62% dat en overleed uiteindelijk maar 26% thuis.

Volgens het SFK is in de periode 2006-2013 het aantal mensen dat buiten het ziekenhuis palliatieve sedatie krijgt, bijna verdubbeld. Tegelijkertijd zien we, in lijn met de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie, dat het gebruik van morfine bij palliatieve sedatie afneemt even als het toedienen van vocht en voeding. Ook zien we dat bij het uitvoeren van euthanasie meer conform de KNMG/KNMP-richtlijn gehandeld wordt en het gebruik van morfine of benzodiazepinen afneemt.

Sinds de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) is het aantal meldingen van euthanasie en hulp bij zelfdoding meer dan verdubbeld. Dit is mede een uiting van de toegenomen meldingsbereidheid van artsen. Bij de tweede evaluatie van de Wtl gaf 98% van 810 ondervraagde artsen aan levensbeëindigend handelen op verzoek altijd te hebben gemeld sinds de invoering van de wet. Door het grotere aantal meldingen is de belasting van de SCEN-artsen en de regionale toetsingscommissies euthanasie ook toegenomen. Ondanks meer personeel en een versnelde procedure bij geen-vragenopropende meldingen, is de tijd die de commissies erover doen om de melding te toetsen toegenomen tot gemiddeld 127 dagen. De wettelijke termijn is 12 weken (= 84 dagen).

De financiering van de palliatieve zorg valt onder diverse wetten en regelingen en is daarmee zeer gefragmenteerd.

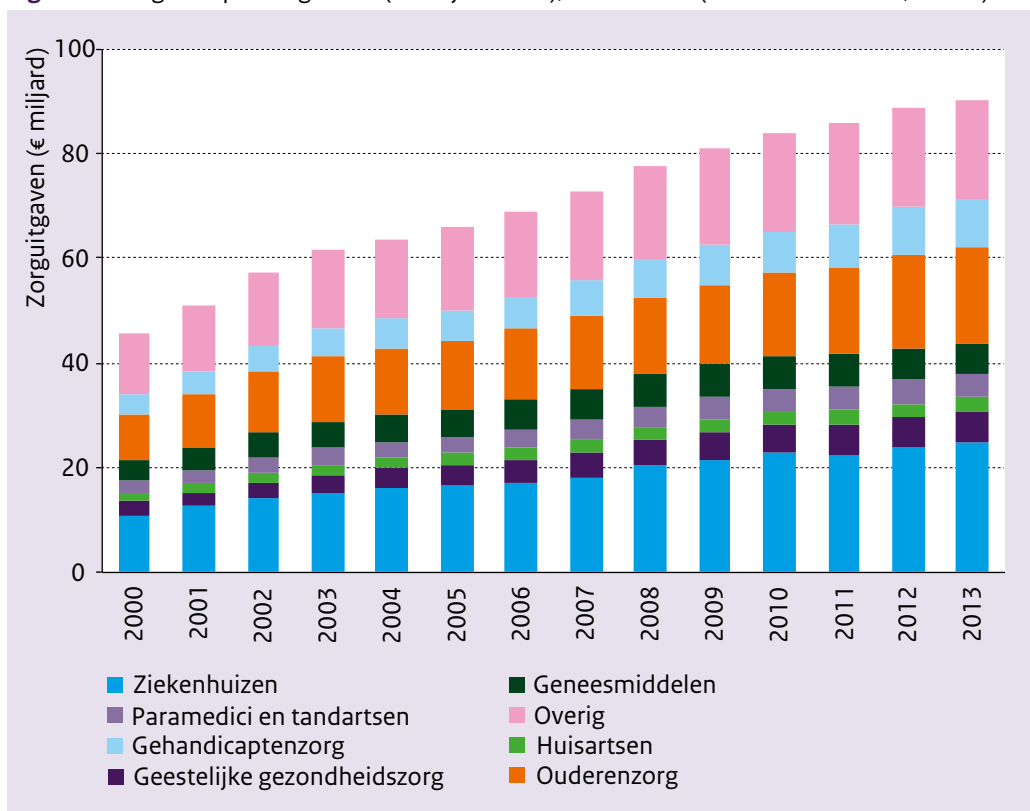
In de toekomst komt meer informatie over de kwaliteit van palliatieve zorg beschikbaar. Zo evalueert het NIVEL in het kader van het ZonMw Verbeterprogramma palliatieve zorg momenteel de effectiviteit van veelbelovende projecten ('Goede Voorbeelden'). Ook zal de implementatie en het effect van de Zorgmodule palliatieve zorg op de kwaliteit van palliatieve zorg gemonitord en geëvalueerd worden. Bij deze evaluaties wordt gebruik gemaakt van recent ontwikkelde indicatoren en CQ-index.

7 Zorguitgaven en doelmatigheid

In de afgelopen decennia zijn de zorguitgaven sterk gegroeid en vormen een steeds groter deel van het nationaal inkomen en de totale overheidsuitgaven. De economische recessie heeft voor extra druk op de overheidsfinanciën en dus ook op de zorguitgaven gezorgd. Zowel nationaal als internationaal is hierop gereageerd en zien we sinds 2009-2010 dat de uitgaven-groei afremt. Ook in Nederland was de uitgaven-groei in de laatste jaren (tussen 2011 en 2013) historisch gezien laag.

Ieder land gaat hier, afhankelijk van de inrichting van het zorgstelsel en de beleidsvoorkeuren, anders mee om. De inhoud en omvang van het basispakket wordt nauwelijks aange-

Figuur 8: Uitgaven per zorgsector (in miljard euro), 2000-2013 (Bron: CBS Statline, 2014f).^a



De categorie 'Overig' omvat GGD-en, ARBO-diensten, therapeutische middelen, ondersteunende diensten en beleids- en beheersorganisaties

^a 2012 en 2013 zijn voorlopige cijfers

past. Wel worden eigen betalingen voor bepaalde zorgvoorzieningen verhoogd. Dit is ook in Nederland gebeurd. Zo zijn eigen betalingen voor ggz-zorg verhoogd. In recente hoofdlijnen-akkoorden (medio 2013) is de noodzaak tot het ombuigen van de uitgavengroei bevestigd en zijn afspraken gemaakt tussen overheid en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In deze akkoorden is afgesproken dat de uitgavengroei wordt beperkt in de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg en de ggz. De afgesproken groeipercentages liggen substantieel lager dan de gemiddelde groei in het afgelopen decennium. De partijen geven hiermee aan dat het beheersbaar maken van de zorguitgaven een gezamenlijke verantwoordelijkheid is.

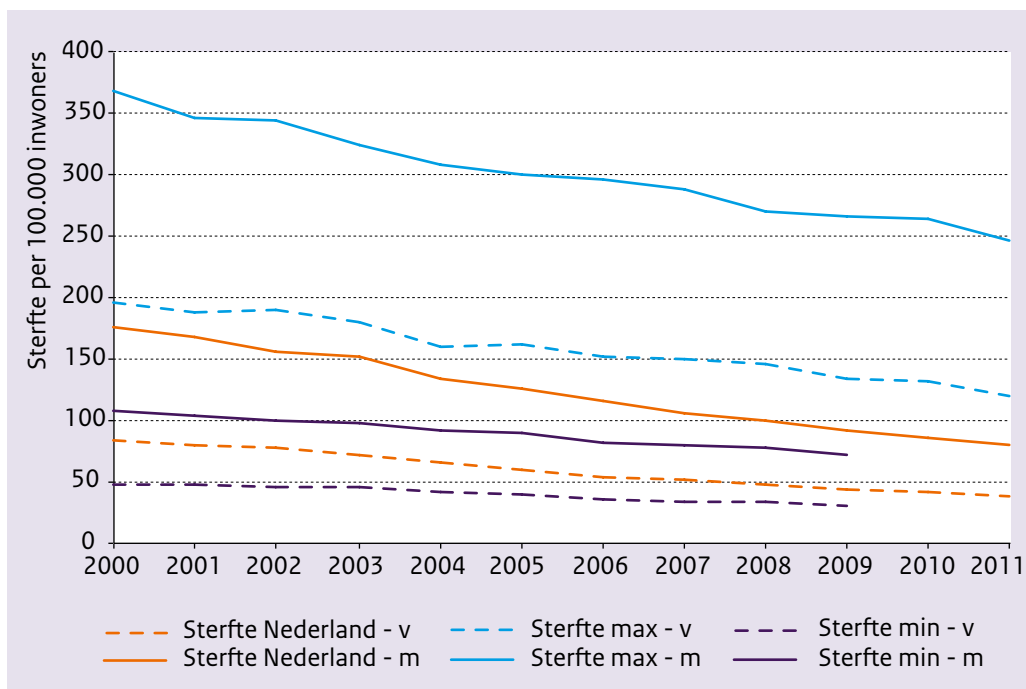
Het beheersen van de zorguitgaven is moeilijk. Dat blijkt ook uit de jaarlijkse overschrijdingen van het BKZ. Idealiter wordt de winst gehaald uit efficiëntieverbetering waarbij uitgavenbeheersing niet ten koste gaat van de kwaliteit of toegankelijkheid van de zorg. We zien dat op verschillende terreinen doelmatigheidsverbetering is gerealiseerd. Zo is in de geneesmiddelen-sector door prijsreductie aanzienlijke winst behaald en is in de ziekenhuiszorg en de ggz meer zorg geleverd per geïnvesteerde euro. Of deze extra zorg ook meer gezondheid heeft opgeleverd is onduidelijk.

Verbeteringen in doelmatigheid leveren echter niet per se uitgavenbeheersing op. Dit is in de ziekenhuiszorg en ggz te zien geweest. Door volumegroei kan efficiëntere zorg samengaan met verdere uitgavengroei. Internationaal gezien zijn de uitgaven voor langdurige zorg in Nederland relatief hoog. In de ouderenzorg is echter bewust geïnvesteerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit geldt ook voor de gehandicaptenzorg (die in de internationale cijfers niet meetelt). Dit geeft aan dat trends in zorguitgaven niet los kunnen worden geanalyseerd van trends in kwaliteit, iets wat helaas nog niet voor alle sectoren mogelijk blijkt.

8 Zorg en gezondheid

De gezondheid van Nederlanders, afgemeten aan de levensverwachting, is in de jaren '90 van de vorige eeuw en zeker in de eerste jaren van deze eeuw aanzienlijk verbeterd. We leven langer en langer in goede gezondheid. Diagnose-specifieke trends voor ziekten waarvan bekend is dat de zorg de sterfte kan beïnvloeden, tonen een verbetering in gezondheidsuitkomsten over de tijd. Dit geldt zowel voor totale (gestandaardiseerde) sterfte als voor maten als 30-dagensterfte (coronaire hartziekten) en 5-jaarsoverleving (kankers). De zorg lijkt hier dus een positieve bijdrage te leveren aan verbeteringen in volksgezondheid. Eerdere internationale studies bevestigen de positieve bijdrage die de zorg heeft gehad voor deze diagnosegroepen. In welke mate de volksgezondheid in termen van (gezonde) levensverwachting wordt beïnvloed door de zorg is een complex vraagstuk. Verschillende internationale studies over de relatie tussen zorguitgaven en levensverwachting wijzen op een positieve bijdrage. Op het niveau van kwaliteitsindicatoren zien we in ieder geval dat vrijwel alle uitkomstindicatoren die in de Zorgbalans zijn meegenomen een verbetering laten zien. Met andere woorden, de zorg lijkt op die onderdelen bij te dragen aan gezondheidsverbetering.

Figuur 9: Gestandaardiseerd sterfte voor coronaire hartziekten mannen (m) en vrouwen (v) (minimum, maximum en Nederland), 2000-2011 (Bron: OECD, 2013e) ^a.



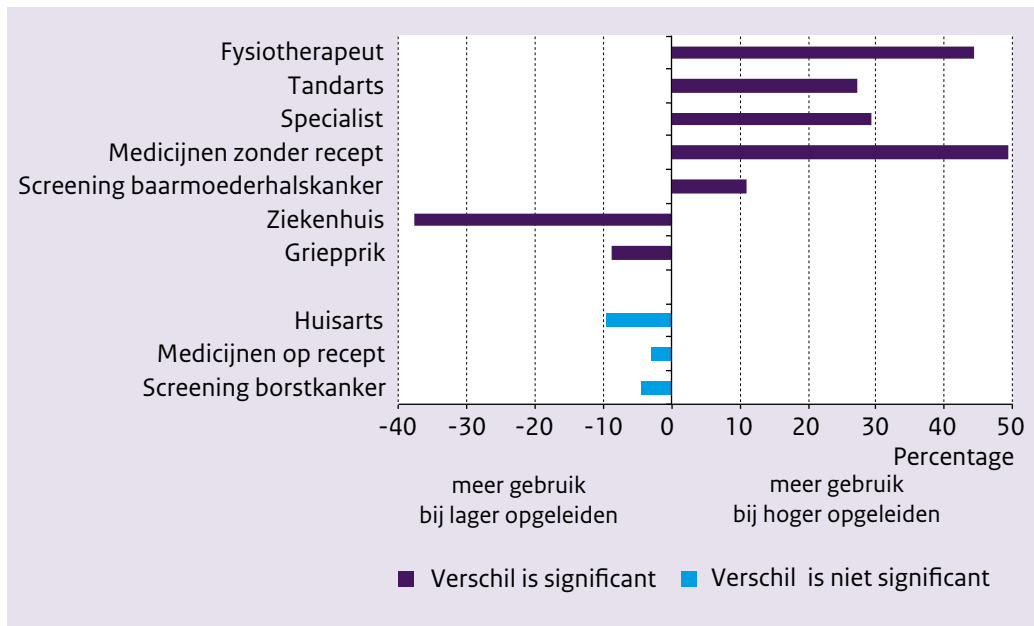
^a Geïnccludeerde landen in de figuur: Oostenrijk, België, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten

9 Gelijke zorg bij gelijke behoefte

In de Zorgbalans is ook gekeken naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor verschillende bevolkingsgroepen. Daarbij is vooral nagegaan of de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is. Er is gekeken naar verschillen in zorggebruik tussen diverse bevolkingsgroepen, gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Als er verschillen in zorggebruik worden gevonden, is dat een aanwijzing dat er ook verschillen in toegankelijkheid zijn.

Hoogopgeleiden maken, in vergelijking met laagopgeleiden, meer gebruik van de tandarts, de fysiotherapeut en de medisch specialist en gebruiken meer medicijnen zonder recept. Met uitzondering van de medisch specialist gaat het om zorg die niet in het basis-pakket zit. Dit wijst op mindere toegankelijkheid van deze zorgsectoren voor mensen met een lage opleiding. Er kan echter niet uitgesloten worden dat hoger opgeleiden (met veelal een hoger inkomen) juist te veel gebruik maken van deze zorgvormen. Huishoudens uit de laagste inkomensgroep

Figuur 10: Verschil in zorggebruik naar opleidingsniveau: over- of ondergebruik van zorg door hoogopgeleiden als percentage van het gebruik door laagopgeleiden, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidsverschillen (Bron: CBS Gezondheidsenquête, 2012a; data-bewerking RIVM).



geven jaarlijks ongeveer 450 euro uit aan eigen bijdragen in de gezondheidszorg. Huishoudens uit de hoogste inkomensgroep geven drie keer zoveel uit. Met de beschikbare informatie is niet na te gaan of zij daarmee voor hen noodzakelijke zorg inkopen.

Laagopgeleiden maken meer gebruik van ziekenhuiszorg. Mogelijk is dat een compensatie voor het feit dat hoogopgeleiden vaker een bezoek brengen aan de specialist. Opvallend is dat uit een internationale vergelijking van de OECD blijkt dat de tandarts ook voor mensen met een smalle beurs (vaak lager opgeleiden) in Nederland goed toegankelijk is; slechts 2% van de mensen met een laag inkomen mijdt de tandarts vanwege de kosten.

Het is moeilijk om goede informatie te vinden over etnische verschillen in toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit komt doordat allochtone groepen vaak ondervertegenwoordigd zijn in enquêtes. Er is één studie gevonden die verschillen in toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg naar etniciteit beschrijft. In deze studie zijn geen verschillen tussen etnische groepen gevonden in de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Als in de toekomst in de Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM ook vragen opgenomen worden over zorggebruik, dan zou dat een goede bron kunnen zijn om verschillen in zorggebruik naar etniciteit te onderzoeken.

Naast studies die kijken naar verschillen in zorggebruik gecorrigeerd voor gezondheidstoestand, zijn er ook studies die kijken naar ervaren patiëntgerichte zorg. Dit geeft een ander perspectief van 'equity'. Uit de Consumer Quality (CQ) indexcijfers blijkt dat er geen verschillen worden ervaren in patiëntgerichtheid tussen hoger en lager opgeleiden.

De staat van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare groepen is vaak een goede indicatie voor de staat van de toegankelijkheid voor de hele bevolking. De financiële toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een chronische ziekte of beperking is minder goed dan gemiddeld. Zij geven maandelijks ongeveer 86 euro extra uit aan zorg. Dat is ongeveer 1000 euro op jaarbasis. Vanaf 1 januari 2014 zijn allerlei veranderingen doorgevoerd in het vergoedingensysteem voor deze groep. Het verdient sterke aanbeveling om te monitoren welke gevolgen deze veranderingen hebben voor de financiële toegankelijkheid voor deze groep.

Een andere kwetsbare groep betreft de dak- en thuislozen. Voor hen is de formele toegang van de medische basiszorg redelijk. Zorgmijdend gedrag speelt echter een belangrijke rol. Dat geldt in sterke mate voor de tandartsenzorg. Hier speelt namelijk ook nog een financiële drempel vanwege het feit dat de tandarts niet uit de basisverzekering vergoed wordt.

Tot slot is gekeken naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettige verblijfsvergunning. Hier worden drie groepen onderscheiden: asielzoekers, mensen in vreemdelingenbewaring en ongedocumenteerden ofwel illegalen. Sinds 2009 loopt de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk via de reguliere zorg. Voor deze groep zijn dus formeel geen toegankelijkheidsbarrières. De IGZ heeft in 2013 een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van de zorg voor mensen in vreemdelingenbewaring. De conclusie was dat de medische noodzakelijke zorg voldoende laagdrempelig toegankelijk is en dat de screening bij binnenkomst (binnen 24 uur) zorgvuldig plaatsvindt. Wel zijn er drie punten die aandacht vragen: dossiervoering is gefragmenteerd, beoordeling van de psychische gesteldheid is niet systematisch genoeg en afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen zorgverleners zijn onvoldoende geformaliseerd. De Onderzoeksraad voor Veiligheid constateerde in 2014 dat er geen sprake is van structurele onveiligheid, maar zag wel enkele risico's: benodigde medische informatie is niet altijd beschikbaar, vreemdelingen krijgen niet altijd de benodigde zorg voor hun psychische problemen en bij beslissingen over het vertrek wordt te weinig gekeken naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van medische zorg in het herkomstland. Voor ongedocumenteerden (illegalen) is de gezondheidszorg toegankelijk mits ze de kosten zelf betalen of wanneer de zorg 'medisch noodzakelijk' wordt geacht. In 2009 is een aanpassing gekomen van de Zvw waardoor zorgverleners tot 80% van de oninbare kosten bij kunnen declareren. De facto is hiermee de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor ongedocumenteerden verbeterd.

.....
**M.J. van den Berg | D. de Boer | R. Gijsen |
R. Heijink | L.C.M. Limburg | S.L.N. Zwakhals**
.....

RIVM Rapport 2014-0038

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is goed. Zorgvoorzieningen kunnen doorgaans snel worden bereikt en de meeste wachttijden zijn korter geworden. Wel is de financiële toegankelijkheid voor sommige groepen afgenomen.

Op veel kwaliteitsindicatoren scoort Nederland, vergeleken met andere westerse landen boven gemiddeld. Wel zijn er bij veel vormen van zorg opmerkelijke verschillen tussen aanbieders of instellingen.

De zorguitgaven vertonen na 2011 een opvallende trendbreuk. De uitgaven stegen tussen 2000 en 2013 gemiddeld met 5,5 procent per jaar, maar deze stijging vlakke de laatste drie jaar af. Binnen Europa hoort Nederland nog altijd tot de landen met de hoogste zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product.

De Zorgbalans beschrijft de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van 140 indicatoren.

www.gezondheidszorgbalans.nl

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

www.rivm.nl

september 2014

De zorg voor morgen
begint vandaag